

Ascitis hemorrágica en tuberculosis peritoneal: reporte de caso

Hemorrhagic ascites in peritoneal tuberculosis: case report

Julián Camilo Velásquez-Paz^{1, 2}, Alexandra Moncayo-Bravo³, Andrés Felipe Andrade-Eraso^{1, 2},
Angélica Rocío Álvarez-Mina², Johana Marcela Morán-Fernández², Jenny Adriana Morán-Fernández².

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de ascitis hemorrágica en una paciente con tuberculosis peritoneal. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 37 años, con desnutrición proteico-calórica leve, que consultó por síntomas inespecíficos abdominales y en quién se demostró, por

ABSTRACT

Objective: To describe a clinical case of hemorrhagic ascites in a patient with peritoneal tuberculosis. **Description:** We present the case of a 37-year-old female patient, with mild protein-calorie malnutrition, who consulted for nonspecific abdominal symptoms and in

Historial del artículo

Fecha de recepción: 07/06/2020

Fecha de aprobación: 20/04/2021

- 1 Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Interna. Popayán, Colombia.
- 2 Hospital Universitario San José, Médico y cirujano. Popayán, Colombia.
- 3 Universidad del Cauca Universidad del Cauca, Estudiante programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud. Popayán, Colombia.

Correspondencia: Julián Camilo Velásquez-Paz, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Carrera 6 N° 13N-50, Popayán, Cauca. Colombia. E-mail: jcvp25@hotmail.com

Como citar este artículo: Velásquez-Paz JC, Moncayo-Bravo A, Andrade-Eraso AF, Álvarez-Mina AR, Morán-Fernández JM, Morán-Fernández JA. Ascitis hemorrágica en tuberculosis peritoneal: reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2021;23(1):49-55. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2021.v23.1472>

estudios de imagen, presencia de abundante ascitis, masa anexial izquierda e imágenes nodulares peritoneales. Se documentó CA125 elevado y ascitis hemorrágica con gran sospecha de carcinomatosis peritoneal por cáncer de ovario. Sin embargo, la evidencia de inflamación granulomatosa crónica con necrosis caseosa en biopsias de peritoneo y epiplón, y test de adenosin desaminasa (ADA) elevado en líquido peritoneal permitieron diagnosticar en la paciente tuberculosis peritoneal.

Conclusiones: *La tuberculosis peritoneal es una causa rara de ascitis hemorrágica. Es necesario informar a la comunidad médica de la presentación de este tipo de casos para favorecer el correcto enfoque y manejo integral de estos pacientes.*

Palabras clave: *Peritonitis tuberculosa; neoplasias ováricas; neoplasias peritoneales; ascitis. (DeCS).*

whom it was demonstrated by imaging studies presence of abundant ascites, left adnexal mass and peritoneal nodular images. She had elevated CA125 and hemorrhagic ascites with great suspicion of peritoneal carcinomatosis due to ovarian cancer; however, the demonstration of chronic granulomatous inflammation with caseous necrosis in biopsies of the peritoneum and omentum and elevated adenosine deaminase (ADA) test in peritoneal fluid allowed the diagnosis of peritoneal tuberculosis.

Conclusions: *Peritoneal tuberculosis is a rare cause of hemorrhagic ascites. It is necessary to inform the medical community of the presentation of these types of cases to favor the correct approach and integral management of this type of patients.*

Keywords: *Peritoneal tuberculosis; ovarian neoplasms; peritoneal neoplasms; ascites. (MeSH).*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis constituye uno de los problemas de salud más importantes en los países en vía de desarrollo. Es causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que puede afectar cualquier órgano o tejido. La forma más común de la enfermedad es la pulmonar; sin embargo, cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina tuberculosis extrapulmonar y la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar (1,2).

La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones, pronóstico y tiempo de enfermedad; se puede encontrar desde una infección de latencia o evolución lenta hasta una reactivación focal o diseminación y compromiso de múltiples órganos, lo cual hace difícil su diagnóstico y puede evitar la identificación oportuna de la enfermedad.

Dentro de la tuberculosis extrapulmonar encontramos la tuberculosis peritoneal, que es la segunda causa más frecuente de tuberculosis intraabdominal, luego de la tuberculosis gastrointestinal (3). Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas; suele cursar con ascitis y siembras peritoneales nodulares y en el 2% de los casos puede manifestarse con ascitis hemorrágica (3-5). En algunas ocasiones puede confundirse su diagnóstico con carcinomatosis peritoneal o linfoma (6), en especial porque puede cursar con niveles elevados de CA125.

A continuación, se analiza un caso clínico de ascitis hemorrágica en tuberculosis peritoneal encontrado en un hospital público de Popayán, Colombia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 37 años, ama de casa, con antecedente de desnutrición proteico-calórica leve, sin antecedentes familiares de importancia. Era habitante de zona rural del municipio de Orito, Putumayo, donde convivía con cinco personas (tres hijos y el esposo), colecho con esposo y una de sus hijas (hacinamiento). Se encontró que solo contaba con servicio de energía, consumo de agua no potable, sin exposición a combustión de biomasa vegetal y no convivía con animales. Su esposo era el encargado del mantenimiento económico del hogar, sus ingresos son suficientes para suplir las necesidades básicas; refiere vacunación completa, no manifiesta viajes recientes, ingiere tres comidas en el día, su dieta es hipercalórica, hipoproteica.

La paciente ingresó a un servicio hospitalario de urgencias con un cuadro clínico de ascitis progresiva de un mes de evolución, que inició con dolor abdominal tipo cólico, generalizado, de severa intensidad (8/10 en la escala análoga del dolor), asociado a sensación de distensión abdominal, cuyo volumen incrementó notablemente tres días previos al ingreso. No había presentado en ningún momento síntomas respiratorios. Al examen físico la paciente presentaba abdomen globoso con onda de fluctuación de Morgagni positiva

y dolor a la palpación generalizada; además aportó una ecografía extrainstitucional que documentó líquido libre en cavidad peritoneal, compatible con ascitis. Los paraclínicos de ingreso reportaron hipoalbuminemia leve, anemia grado I microcítica hipocrómica y aumento de los reactantes de fase aguda sin evidencia de foco infeccioso, la prueba de VIH fue negativa y el resto de paraclínicos de función hepática y renal resultaron normales.

Dentro de las sospechas diagnósticas se consideraron síndrome linfoproliferativo intraabdominal, carcinomatosis y tuberculosis peritoneal, por lo cual se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal simple y con doble contraste, en la que se evidenció una masa anexial izquierda sólido-quística de 3 x 2 centímetros (Figura 1), además de un ganglio umbilical y de imágenes nodulares peritoneales principalmente en hemiabdomen superior (Figura 2), sugerentes de implantes metastásicos. No se identificaron otras alteraciones. La radiografía de tórax fue normal (Figura 3).

Figura 1. Masa anexial izquierda.

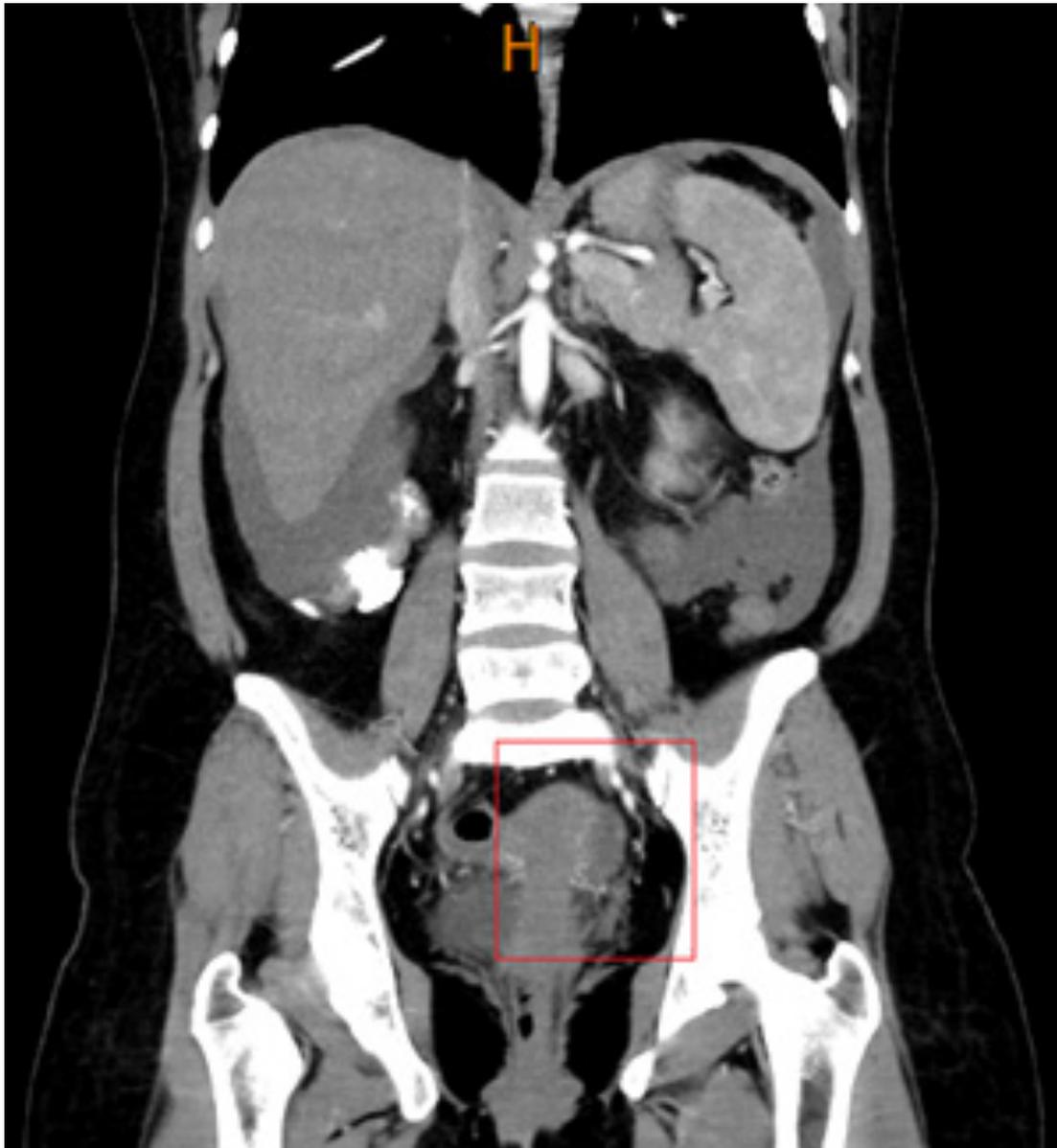


Figura 2. Nódulos en peritoneo.

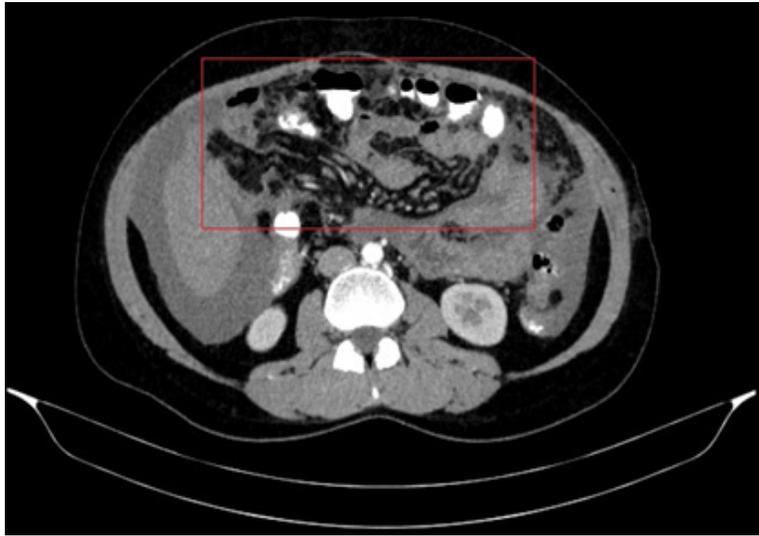
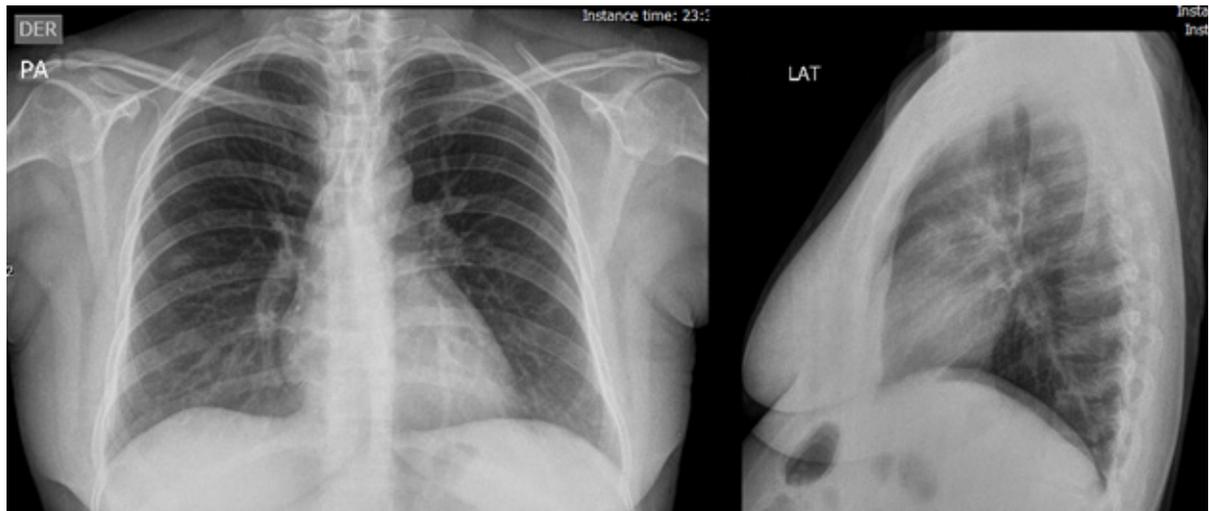


Figura 3. Radiografía de tórax normal.



Por lo anterior, se consideró como posible diagnóstico un cáncer de ovario con metástasis peritoneal. Se solicitaron marcadores tumorales con resultados de: CA125 53.78 UI/ml (elevado), alfafetoproteína negativa y CA19-9 negativo; se realizó ecografía transvaginal que resultó normal.

Por el estado general de la paciente, se consideró que la misma se beneficiaría de paracentesis ecodirigida evacuatoria y diagnóstica con estudio del líquido peritoneal, incluyendo citoquímico, citológico, tinción de gram, tinción de Ziehl Neelsen, KOH, cultivo para gérmenes comunes y cultivo para micobacterias. La ecografía abdominal previa al procedimiento mostró

abundante líquido ascítico, identificando el lago de mayor tamaño en el flanco izquierdo. Con la punción se obtuvo un drenaje de 1300cc de líquido seroso amarillo, ligeramente turbio, sin detritos ni olor fétido, del cual se enviaron muestras para estudios, que evidenciaron: glucosa de 49 mg/dl, proteínas de 1958 mg/dl, recuento de eritrocitos 125/mm³, recuento de leucocitos de 65/mm³ con escasos polimorfonucleares y no se observaron bacterias.

La coloración de Ziehl Neelsen resultó negativa para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) y no se observaron estructuras micóticas en la preparación de KOH. El índice de gradiente albumina sero-ascítica (GASA)

fue de 0.3 gr/dl, por lo cual se descartó hipertensión portal y se continuó la búsqueda de otras etiologías alternativas para el cuadro clínico.

En este contexto, se sugirió la posibilidad de realizar laparoscopia exploratoria para toma de muestras histológicas y estudios complementarios, con el fin de descartar carcinomatosis peritoneal. En vista de que la paciente había presentado episodios febriles a repetición, se solicitó nuevamente toma de muestra de líquido ascítico para toma de citológico, test de ADA, Ziehl Neelsen, citoquímico con recuento celular, diferencial manual, gram, cultivo para gérmenes comunes y para *Mycobacterium tuberculosis*. Se realizaron hemocultivos y urocultivo con el fin de detectar el foco de la fiebre, pero estos dos últimos resultaron normales; además, se le realizó una colonoscopia total que evidenció colitis ulcerativa confirmada por estudio histopatológico de la biopsia colónica obtenida durante el procedimiento.

Se llevó a cabo laparoscopia exploratoria, en la que se observaron múltiples adherencias hepáticas, aparentes siembras metastásicas en peritoneo parietal, peritoneo visceral, estómago, epiplón mayor, intestino delgado, grueso y diafragma, además de abundante líquido ascítico serohemático, y no se logró identificar foco primario. Se tomaron muestras del líquido y se drenaron 500cc; adicionalmente se tomó muestra de peritoneo para estudio histopatológico. El reporte de laboratorio del líquido ascítico evidenció, en cuanto al aspecto, un color hemorrágico y turbio, con incontables glóbulos rojos crenados en un 90%, leucocitos de 2800/mm³, glucosa de 83mg/dl y proteínas de 1120mg/dl, no se observaron BAAR en 100 campos. La prueba de adenosin desaminasa (ADA) en líquido ascítico tuvo como resultado 40,2 UI/L (elevado).

El reporte de histología de biopsia de epiplón y peritoneo informó inflamación granulomatosa crónica con necrosis caseosa, lo cual al asociarse con la prueba de ADA y CA125 elevados, son altamente sugestivos de tuberculosis peritoneal. Este diagnóstico podría explicar la colitis padecida por la paciente.

Después del diagnóstico, se inició tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol (RHZE) y piridoxina, y se dio egreso con indicación de continuar tratamiento antituberculoso de primera fase ajustado a su peso. La paciente egresó en buenas condiciones generales, con ascitis resuelta y sin otros síntomas abdominales o constitucionales.

La paciente recibió en total nueve meses de manejo con RHZE y de las muestras tomadas de líquido peritoneal para cultivos de micobacterias, una resultó positiva y de la otra se desconocía el resultado. La masa anexial izquierda, -encontrada como hallazgo incidental-, continúa en seguimiento clínico por parte de medicina general en primer nivel de atención y dice no haber presentado crecimiento de la lesión ni otros síntomas asociados. Posterior al tratamiento antituberculoso, no ha presentado nuevos síntomas abdominales, recidiva de la ascitis ni síntomas constitucionales.

DISCUSIÓN

Ascitis hemorrágica se define como aquella en la que se encuentran más de 10000 hematíes por litro de líquido peritoneal (en el caso de nuestra paciente son incontables) (7-9). Esta hace parte del 15% de las causas extrahepáticas de ascitis (9) y tiene tres causas principales: la carcinomatosis peritoneal, la pancreatitis aguda y la tuberculosis peritoneal (10), que, a su vez, son causas extrañas de ascitis, representando respectivamente el 10%, 1% y 2% del total de los afectados (5).

En el caso de nuestra paciente, no se pensó en la posibilidad de pancreatitis aguda por la ausencia de antecedentes o de hallazgos al examen físico que pudiesen haber hecho sospechar afectación aguda del páncreas. Se llegó a sospechar carcinomatosis peritoneal secundario a cáncer ovárico por encontrar niveles elevados de CA125 aunado al hallazgo de masa anexial izquierda e imágenes nodulares peritoneales en la TAC abdominal. Sin embargo, luego de tomar biopsia de epiplón y de peritoneo y evidenciar inflamación granulomatosa crónica con necrosis caseosa, además de niveles elevados de ADA, se concluyó que los niveles de CA125 eran secundarios a tuberculosis peritoneal y que la masa anexial izquierda era un hallazgo incidental.

El CA125 se ha descrito como una glucoproteína expresada por el mesotelio y el epitelio celómico durante el desarrollo fetal asociada a neoplasias ováricas, sin embargo, se sabe que puede elevarse también en otros tumores ginecológicos, linfoma, melanoma, hepatocarcinoma, cáncer de páncreas, renal o colorrectal, peritonitis bacteriana, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, miomatosis uterina, cirrosis hepática, lupus eritematoso sistémico, embarazo, insuficiencia cardíaca congestiva y tuberculosis pulmonar y peritoneal (3, 5), como en el caso de nuestra paciente. Se ha documentado elevación del CA125 en áreas endémicas de tuberculosis y se

ha encontrado que los niveles descienden una vez se inicia la terapia farmacológica antituberculosa (5), lo que relaciona este marcador con infección por tuberculosis; incluso se ha planteado la toma seriada de este marcador para monitorizar el tratamiento en pacientes tuberculosos (11).

La tuberculosis peritoneal es una afectación muy rara y su prevalencia es difícil de estimar (12); representa del 31 al 58% de las localizaciones abdominales de la tuberculosis. Está asociada a condiciones como cirrosis hepática, diálisis peritoneal, trabajo en áreas asociadas a la salud y el VIH (5). Si bien la paciente presentaba factores de riesgo para contagio de tuberculosis como desnutrición, hacinamiento y procedencia de una zona rural, no había presencia de ninguna de las condiciones que predisponen a tuberculosis peritoneal. Esta entidad tiende a mimetizar síntomas de diferentes entidades patológicas, lo que conlleva a confundir y a demorar su diagnóstico; incluso, en muchas ocasiones puede pasar desapercibida y nunca diagnosticarse. En el caso de las mujeres tiende a sospecharse de entrada cáncer ovárico regionalmente avanzado (como en nuestra paciente) y en los hombres, linfoma (3). En cuanto a la anamnesis, los pacientes afectados pueden manifestar presencia de dolor abdominal, fiebre, pérdida de masa corporal y constipación; al examen físico encontrarse ascitis, hepatomegalia o esplenomegalia. Dentro de los hallazgos radiológicos, líquido libre en cavidad peritoneal, colecciones en pelvis, septos asociados a masa anexial, engrosamiento peritoneal y del omento y peritoneo nodular; la radiografía de tórax puede ser normal del 40 al 50% de los pacientes afectados (3,5,13). En el caso de nuestra paciente, consultó por distensión y dolor abdominal, presentó fiebre de origen no filiado, ausencia de síntomas respiratorios; al examen físico se encontró ascitis evidente con onda de fluctuación de Morgagni presente y dolor a la palpación generalizada del abdomen, radiografía de tórax normal, ecografía de abdomen con líquido libre en cavidad peritoneal y en la TAC abdominal contrastada imágenes nodulares peritoneales, principalmente en hemiabdomen superior, lo que coincide con lo descrito en la literatura.

En pacientes en los que se sospecha esta entidad diagnóstica, es necesario la biopsia de las lesiones peritoneales que se hayan detectado en estudios imagenológicos para poder confirmar la enfermedad. Dentro de los hallazgos quirúrgicos es común encontrar engrosamiento del peritoneo, nódulos blanquecinos o amarillentos y peritonitis fibroadhesiva (3,5,14). En el caso reportado se encontraron múltiples adherencias, siembras en peritoneo parietal, visceral y en órganos intraabdominales, además de abundante líquido ascítico serohemático y cetrino,

sin identificar foco primario. Se tomaron biopsias de las lesiones en las que se evidenciaron cambios histológicos típicos de tuberculosis lo que permitió iniciar manejo antibiótico pertinente con RHZE.

Se conoce que posterior al egreso, la paciente recibió resultado positivo de uno de los cultivos para micobacterias de líquido peritoneal que, aunado al hallazgo histopatológico de inflamación granulomatosa crónica con necrosis caseosa en biopsia de epiplón y peritoneo, confirman el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar (peritoneal). La paciente recibió tratamiento con RHZE acorde a los lineamientos nacionales e internacionales para el manejo de la tuberculosis, pues deben recibir esquemas de 6 a 9 meses con esta combinación de medicamentos (14). La paciente manifestó resolución completa de los síntomas.

Como fortalezas para el reporte de este caso encontramos un acceso sin limitaciones a un nivel superior de atención con disponibilidad de algunas herramientas diagnósticas paraclínicas e imagenológicas pertinentes para el diagnóstico oportuno de este tipo de entidades y nos encontramos con una paciente digna de crédito, que permitió el seguimiento posterior al alta, además de ser adherente al manejo farmacológico con RHZE, lo que permitió la resolución completa de su cuadro clínico inicial. Como limitaciones hallamos la no disponibilidad de prueba de GeneXpert, además de una demora en el reporte de los cultivos convencionales para micobacterias, pues no se tenía acceso a los cultivos en medio líquido que pudieron haber reportado los resultados más rápidamente, además de haber incrementado la posibilidad de diagnosticar tuberculosis en un 15 al 20% adicional (15).

CONCLUSIÓN

La tuberculosis peritoneal es una causa rara de ascitis y de ascitis hemorrágica y puede simular otras entidades patológicas, como la carcinomatosis peritoneal en mujeres. Su diagnóstico requiere de una correcta anamnesis y examen físico, estudios imagenológicos abdominales, marcadores séricos como CA125 y la confirmación de la infección por medio de las pruebas microbiológicas, moleculares y la demostración histológica en biopsias de las lesiones peritoneales, como pilares fundamentales para el diagnóstico de este tipo de tuberculosis extrapulmonar. Es necesario informar a la comunidad médica de la presentación de estos casos para favorecer el correcto enfoque y manejo integral de este tipo de pacientes.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el aval del paciente para la publicación de este caso el reposa en propiedad de los autores.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Fadul Pérez S, López Pérez MP, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Tuberculosis. Instituto nacional de salud. Ministerio de Salud. 2016: 2-42. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Tuberculosis.pdf
3. Flores-Álvarez, Efrén, Sara Elena Tello-Brand, Froylán López-López, y Virgilio Rivera-Barragán. Tuberculosis peritoneal. Informe de siete casos. Cirugía y Cirujanos. 2010; 78(1):67-71.
4. Chow KM, Chow VC, Hung LC, et al. Tuberculous peritonitis-associated mortality is high among patients waiting for the results of mycobacterial cultures of ascitic fluid samples. Clin Infect Dis. 2002; 35(4):409-13 doi: <https://doi.org/10.1086/341898>
5. Gómez-Aldana AJ. Tuberculosis peritoneal con niveles elevados de CA 125. Rev Fac Med. 2013; 61(3):311-4.
6. Runyon BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. Hepatology. 1988; 8(5):1104-9. doi: <https://doi.org/10.1002/hep.1840080521>
7. Urrunaga NH, Singal AG, Cuthbert JA, Rockey DC. Hemorrhagic ascites. Clinical presentation and outcomes in patients with cirrhosis. J Hepatol. 2013; 58(6):1113-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2013.01.015>
8. Jenkins SB, Leng BL, Shortland JR, et al. Sclerosing encapsulating peritonitis: a case series from a single U.K. center during a 10-year period. Adv Perit Dial. 2001; 17:191-5.
9. Wörner IC, Ares MIT, Ruzo JS, Rodríguez LB. Ascitis. Cuadernos de atención primaria. 2009;16(4):295-9.
10. Cand Huerta, Cosme M, y Carlos Domínguez Álvarez. Ascitis hemorrágica y caquexia en mujer de 39 años. Revista Cubana de Medicina. 2010; 49(3):302-10.
11. Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioglu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. Int J Gynecol Cancer. 2001; 11:290-294. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1438.2001.011004290.x>
12. Geoffrey ER, Andrew JL. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced-stage epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol. 2007; 110(6):1417-1419. doi: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000295653.32975.4a>
13. Guirat A, Koubaa M, Mzali R, Abid B, Ellouz S, Affes N, et al. Peritoneal tuberculosis. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2011; 35(1):60-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gcb.2010.07.023>
14. Carvallo-Tapia C, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Tuberculosis peritoneal simulando carcinoma de ovario. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017;63(1):103-7.
15. Ministerio de salud y Protección social. Lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT). Resolución 227 de 2020. 20 de febrero de 2020; 50-62. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf